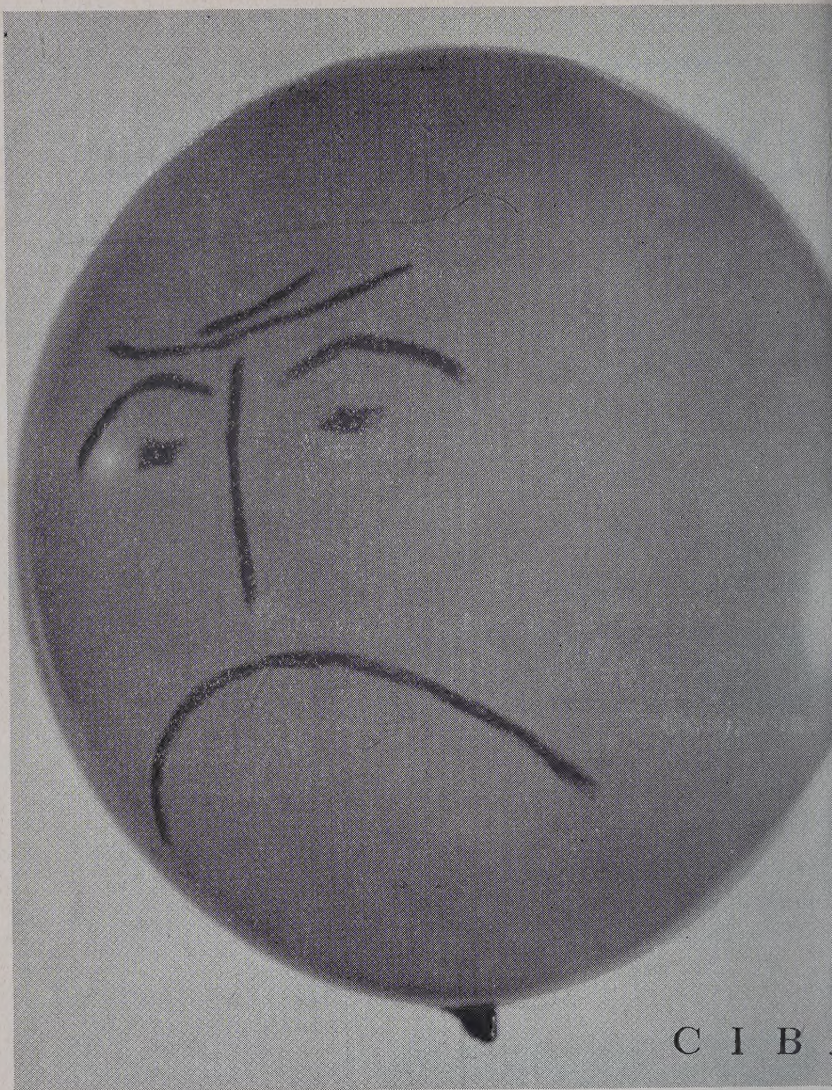
SINT LUCAS TIJDSCHRIFT

1966 Nr 3

INHOUD :


C I B

Hoe tracht ik mijn patiënt te begrijpen ?

door Dr. G. F. van BALEN te 's-Hertogenbosch

Het is al weer 15 jaar geleden, dat een 45-jarige ongehuwde dame in het ziekenhuis werd opgenomen met een ernstige status asthmaticus. Wel had een zuster asthma, maar zelf had ze nooit allergische manifestaties vertoond. Enkele maanden te voren was de menopauze ingetreden. Vier weken voordat ze werd opgenomen, had ze voor het eerst van haar leven benauwdheidsaanvallen gekregen. Thans was er constant een sterke expiratoire dyspnee met nachtelijke verergering.

Ze was sterk cyanotisch. Er waren geen tekenen van longstuwing.

Bovendien had patiënt nu en dan aanvallen van ongemotiveerde angst met beven en huilbuien. Sinds haar ziekte voelde zij zich gespannen.

Toen de hevigheid der aanvallen wat was afgenomen, werd zij na 14 dagen door een psychiater onderzocht. Ik vond het te riskant zelf naar psychologische factoren te vragen. In directe aansluiting aan dit gesprek kreeg zij een uitgebreide roodheid van gelaat, borst en armen; kort daarna werd zij bijzonder kortademig; dit duurde enkele dagen. Toen kreeg zij een pneumonie. Toen het weer wat rustiger was geworden, nam de patiënt zelf het initiatief tot een gesprek met mij. Jongste van 6 kinderen heeft patiënt haar moeder niet gekend.

Met haar tweede moeder kon ze in het geheel niet overweg, te meer niet omdat ze zelf, zoals ze vertelde, eigenzinnig was, lastig en er alles uitflapte. Als kind en op oudere leeftijd was ze vaak ziek en is o.a. heraald opgenomen geweest. Ze had veel huiselijke en financiële moeilijkheden, maar liet zich nooit door tegenslagen uit het veld slaan. Ze maakte, zoals ik van anderen hoorde, steeds een evenwichtige indruk en was zoals haar zuster dat uitdrukte « de zon in huis ».

Toch had ze niemand met wie ze haar moeilijkheden kon bespreken. Ze « slikte alles in ». Dat deed ze des te meer, sinds ze bijna uit haar betrekking ontslagen was, toen ze een geval van fraude had aangebracht. Intussen had ze in de zaak, waar zij werkte de hoogste functie bereikt die ooit aan een vrouw was toevertrouwd.

Enkele jaren te voren had ze een getrouwd man leren kennen die allerlei moeilijkheden had, ook in zijn huwelijk. Ze vatte liefde voor hem op en onderhield met hem ook sexuele relatie.

Toch bevredigde haar dit vooral ook uit religieuse overwegingen niet. Zo had zij een half jaar te voren die relatie definitief verbroken en zich voorbereid om in Australië, waar haar zuster woonde, een werkkring te zoeken en een niew leven te beginnen. De voorbereidingen tot dit vertrek vulden heel haar vrije tijd. Toen ging ze welgemoed op reis, een nieuwe wereld en een nieuw leven tegemoet.

Het gelukte haar echter niet een haar passende werkkring te vinden; zo moest zij de terugweg aanvaarden. Op de boot trof ze geen gezelschap. Er was storm op zee. Ze werd angstig. Telkens doken herinneringen op. Ze zag er tegen op in haar oude werkkring terug te komen, waarin men haar benijdde. Ze vond het erg terug te gaan naar haar ouderlijk huis, waar ze de saaie huisgenoten moet opvrolijken. Ze ging weer twijfelen of ze goed had gedaan te breken met de enige man van wie ze werkelijk hield. Hartstocht speelde ook een rol, maar vooral was het toch de behoefte een doel in haar leven te hebben, een roeping. Ze houdt van hem en weet, dat hij haar steun behoeft.

Ze is altijd practiserend en gelovig katholiek geweest. Maar ze heeft nooit een geestelijke gevonden waarmee ze echt spreken kon; ze antwoordden direct dat deze verhouding zondig is. Ze vindt, dat God de vrouw, die ongehuwd blijft, onrechtvaardig heeft behandeld en vraagt zich af of Jezus, die zelf geen menselijke liefde gekend heeft, haar toestand wel volledig kan beoordelen. Toch voelt ze tevens, dat haar geloof, dat ze verstandelijk aanvaardt, verdieping behoeft.

Na aanvankelijke verbetering trad na enige tijd weer een belangrijke verergering op. De te voren levendige, actieve patiënt werd gedreprimeerd. Ook lichamelijk zakte ze ineen, zichtbaar aan lichaamshouding en gelaatstrekken. Ze had weinig hoop meer de oude te worden en verweet de geneeskunde, dat deze geen afdoend geneesmiddel had voor haar kwaal. Na drie maanden bijna voortdurend sterk kortademig te zijn geweest, verbeterde ze geleidelijk. Ze had intussen een geestelijke leidsman waarin ze vertrouwen stelde en maakte de indruk religieus weer in evenwicht te zijn. Nog steeds wat kortademig werd ze geleidelijk gemobiliseerd en naar huis verplaatst. Daar kreeg ze weer belangstelling voor haar omgeving, bereidde zich voor weer te gaan werken, terwijl haar aanvallen sporadisch werden. Sindsdien zag ik haar niet meer. Ze was nu ook onder psychiatrische behandeling.

Maar intussen werd zij opnieuw gedeprimeerd. Ze kreeg haar oude angsten terug en de schrik niet tegen de verleiding bestand te zijn.

Opnieuw traden nu en dan hevige asthma-aanvallen op: Tijdens een allerhevigste langdurige aanval kreeg ze — mede tengevolge van de afwezigheid van haar huisarts — een rijkelijke hoeveelheid morfine.

Bewusteloos met periodisch ademen sub finem vitae in het ziekenhuis opgenomen, stierf zij spoedig. Sectie vertoonde rechts een matige spanningspneumothorax, maar overigens het typische beeld van dergelijke asthmagevallen zonder ontsteking of rechtsstuwing.

Van de somatische kant is dit menselijke ziek-zijn niet geheel bevredigend te verklaren. Psychologische verklaringen liggen meer voor de hand. Toch raadde Siebeck : « Bleiben wir auch bescheiden mit unseren Kenntnisse über die psychische Zusammenhänge ».

In ieder geval lag deze menselijke nood ook nog op een ander — geestelijk — vlak, dat niet te scheiden is van wat de mens overigens nog is.

De patiënt moet mij ter harte gaan. Ik moet de patiënt trachten te verstaan « met een begrijpend hart », zo merkte Curran onlangs op; de patiënt moet in mij zijn evennaaste herkennen met dezelfde menselijke moeilijkheden tegenover zijn Schepper. Juist dit begrijpen wordt bedoeld in een gedachtengang ener médecine de la personne.

Aanvankelijk dacht ik deze bijdrage te beperken tot het meedelen van enkele ziektegeschiedenissen als bovenstaande. Daarin zal echter van mijn poging tot begrijpen nauwelijks iets duidelijk worden.

Dat begrijpen is altijd ook in zekere zin een samenvatten van het begrijpen op verschillende niveaux. Mijn poging hiertoe is geheel onsystematisch in tegenstelling tot wat men bij de psychotherapeut ziet. Van hem wordt systematisch verwacht dat hij zijn patiënt in zijn geestelijke — althans in zijn psychologische — moeilijkheden zal trachten te begrijpen. Hij doet dat methodisch.

Zo kwam ik er toe mijn poging te begrijpen, toe te lichten aan mijn contact met een bepaald soort patiënten, die ik in hun ziek-zijn methodisch en systematisch heb trachten te begrijpen, omdat dit mij in die gevallen aangewezen scheen. De bij dit onderzoek verkregen ervaringsfeiten hebben wellicht enige waarde voor u. Ik besef, dat ze ons vraagstuk slechts eenzijdig belichten, gekleurd als zij zijn door mijn subject, de vooropstellingen waarvan ik ben uitgegaan en de aard van de ziekte.

Te voren moet ik echter enkele opmerkingen maken. In deze bijeenkomst staat wel het echt-menselijk begrijpen van de patiënt in het

centrum van de belangstelling. Maar u verwacht van mij een klinische mededeling. Zo moet ik dat echt-menselijk begrijpen inpassen in mijn taak als internist. Ik moet mijn patiënt in zijn ziek-zijn trachten te begrijpen, steeds bedenkend dat hij mijn naaste is. Plattner zei het nog concreter : ik moet mijn patiënt als broeder in Christus ontmoeten. Men poogt dus zijn patiënten te verstaan in het licht van een christelijke mensbeschouwing, zo omschreef Pierloot de médecine de la personne, een omschrijving met instemming aangehaald door P. Tournier.

Ik moet dit echter doen binnen mijn medische taak. Professor Groen, zelf niet-christen, gaf een m.i. scherpe omschrijving van de taak van de christenarts. « Elke vorm van uitoefening der geneeskunst vereist zowel een hoge mate van technisch kennen en kunnen als een ontmoeting met de patiënt als mens in zijn levenssituatie te midden van zijn medemensen. Dientengevolge dient iedere arts te streven naar vervolmaking van de technische beheersing van zijn vak, maar ook naar mogelijkheden om zijn naastenliefde en verlangen tot samenwerking met de medemens-in-nood tot productieve uiting te brengen ».

Wil ik mijn patiënt begrijpen dan moet ik dus pogen hem menselijk te ontmoeten met behulp van mijn technisch kennen en kunnen op somatisch en psychologisch gebied. Die techniek is wezenlijk onderdeel van mijn ontmoeting. Anderzijds moet ik mij laten leiden door de mij geschonken naastenliefde, welke ik religieus moet zien te verdiepen, om met behulp van de techniek mijn patiënten menselijke aspecten niet belemmeren.

Ik moet naar methoden zoeken, die het openstaan ook voor geestelijke aspecten niet te belemmeren.

1. Zo moet ik mij oefenen in het aannemen van een aangepaste houding.

2. Ik zal daartoe een werkmethode moeten benutten die op de individuele zieke is gericht.

3. Ik weet echter dat ik met zulke individualiserende methoden geen voldoende houvast krijg tot het begrijpen van de patiënt in zijn ziek-zijn. Dit houvast wordt mij gegeven door de patiënt eenzijdig te benaderen uitgaande van de specifiteitsgedachte.

4. Het streven naar een volledig begrijpen is practisch slechts bereikbaar in wijze beperking tot wat in deze situatie nuttig is (ook gezien in het perspectief van wat God van mij verlangt).

5. Ik moet een aan mijn situatie aangepaste weg vinden om mijn patiënt als naaste te begrijpen.

1. Trainen in een juiste houding.

Een eerste vereiste is, dat ik bij voortduring een juiste houding poog aan te nemen en open te staan voor alle — ook voor geestelijke — aspecten van mijn patiënt. Voortdurend bewust van eigen menselijke tekorten moet ik hem ook als gelijke, als evennaaste, trachten te benaderen. Gespreksgroepen als die gevormd naar aanleiding van het boek van Balint kunnen een dergelijke houding, althans het inzicht in eigen eenzijdigheid, bevorderen. In de groep waaraan ik deelneem, komen herhaaldelijk ook geestelijke aspecten aan de orde.

Voor mij persoonlijk hebben de bijeenkomsten in Bossey veel betekend. Ik kreeg daar nog een andere weg gewezen tot het aannemen van een menselijker houding tegenover mijn patiënt : om mij hierin ook in mijn andere intermenselijke relaties te trainen (zie o.a. Tournier : de eigen huwelijksproblemen van de arts). Zo probeerde ik beter open te staan voor vrouw en kinderen, vrienden en collega's, secretaresse en verpleegsters. Ook zij hebben mij getraind in het aannemen van een wat menselijker houding.

2. Individualiserende methode van benadering.

Tot het begrijpen van deze patiënt is het niet voldoende zijn ziek-zijn eenzijdig te benaderen. Dat doet men, wanneer men de patiënt catalogiseert in een groep, die bepaalde kenmerken gemeen heeft. In de psychiatrie schijnt tegenwoordig aan zulke abstracte ziekten minder aandacht te worden gewijd; deze is verplaatst naar een veelzijdige bestudering van de afzonderlijke zieke. Wanneer men op dergelijke wijze de patiënt benadert, dan leidt dit er eerder toe, dat men ook met geestelijke aspecten rekening houdt, dan wanneer men een specifieke diagnose tracht te maken, waarin de individuele factoren juist worden verduisterd. Honderd jaar geleden achtten zowel Hufeland als Trousseau dit bestuderen van de individuele bijzonderheden van het afzonderlijk geval de geëigende methode om de arts tot een goed practicus te vormen.

Dit individualiserend onderzoek is echter tegenwoordig niet in trek; het wordt als onwetenschappelijk beschouwd. De internist Sir Robert Platt, die hierop wees, vestigde de aandacht op een tweede methode, die als wetenschappelijke, de grote voorkeur heeft. Nadat men eenmaal een bepaalde proefopstelling heeft gekozen, meet men een gegeven parameter voor en na verandering van een enkele factor van het milieu. Dan interpreteert men niet langer maar telt alleen.

Het belang dezer methode ligt in de mogelijkheid statistisch de waarschijnlijkheid te bepalen, maar men is daartoe slechts in staat, wanneer men zijn onderzoek beperkt tot een enkel aspect.

Door hem eenzijdig te bestuderen dreigt men het zicht op de hele mens te verliezen; juist omdat dit eenzijdig bestuderen thans zo sterk op de voorgrond staat, raadt Platt aan als compensatie frequenter gebruik te maken van een individualiserende methode van onderzoek met het doel tot een « nieuwe humanisering der geneeskunde » te komen.

3. Catalogiseren, noodzakelijke voorwaarde tot begrijpen.

Ik dien echter te bedenken, dat ik als internist met een individualiserende methode niet in staat ben de patiënt in zijn ziek-zijn voldoende te begrijpen. De eerst noodzakelijke stap hiertoe is als vanouds het stellen van een specifieke diagnose, het indelen in een bepaalde groep. Sinds Bretonneau ondanks veel theoretische tegenstand bewezen had, dat alle typhuspatiënten bepaalde — specifieke — kenmerken gemeen hadden, beheerst de specificiteit de gehele geneeskunde. Mijn eerste christelijke taak is het stellen van een eenzijdige diagnose. Een beoefenaar bij uitstek van de specificiteit, de bacterioloog René Dubos, heeft in zijn boek de eenzijdigheid der specifiteitsgedachte overduidelijk aangetoond. Maar wij kunnen het hierop berustend onderzoek niet missen. Er behoeft trouwens tegen deze eenzijdige benadering geen bezwaar te bestaan, wanneer ons die eenzijdigheid slechts diep bewust is. Tot dit besef kan bijdragen de wetenschap, dat ons waarnemen altijd een eenzijdige keuze is uit hetgeen kan worden waargenomen; enig elementair algemeen inzicht in de atoomphysica, in het gedrag van dieren en in zintuigfysiologisch onderzoek kan tot die overtuiging bijdragen.

De conclusie van deze overwegingen is dus, dat ons eenzijdig zicht op het ziek-zijn van de patiënt altijd moet worden aangevuld met een zicht op de individuele bijzonderheden van deze zieke.

4. Het is geraden zich in zijn pogen de patiënt te begrijpen te beperken tot wat in deze situatie nuttig is.

De patiënt moet bemerken dat hij onze naaste is; we moeten hem eenzijdig bestuderen én in zijn individuele bijzonderheden nagaan; we moeten naar volledigheid streven. Onze situatie eist echter tevens een wijze beperking tot datgene wat in dit geval nodig is; dit merkte Maeder op van psychotherapeutische zijde. Siebeck sloot zich hierbij aan en zei in Bossey, dat we moesten doen « alles wat nötig, aber auch nur was practisch nützlich ist ».

Denken we hierbij aan het geestelijk aspect, dan bemerk ik, dat ik daarvoor lang niet altijd de eerst aangewezene ben... Naast de eigen geestelijke en de huisarts kan ook de maatschappelijke werkster zich daartoe geroepen voelen, de fabrieks- of revalidatiearts, de specialist, zoals ik, de geestelijke of hoofdverpleegster in het ziekenhuis. De psychiater heeft thans de hulp van een uitgebreide organisatie van geestelijke gezondheidszorg.

Steeds zal ik mij dus moeten afvragen of deze poging tot begrijpen op mijn weg ligt. Ik zal dit vraagstuk moeten zien binnen het kader van mijn taak als internist. Ik krijg mijn patiënten verwezen door hun huisarts met het doel hen speciaal te begrijpen in de somatische aspecten van hun actueel ziek-zijn. Dat is ook meestal de bedoeling van de patiënt zelf. Anderzijds mag ik mijn plicht tot naastenliefde niet verwaarlozen.

5. Ik moet daarom een aan mijn situatie aangepaste weg zien te vinden om mijn patiënt als evennaaste te kunnen verstaan.

De psychotherapeutische methode is wel een zeer belangrijke schakel tot een médecine de la personne. Ook wij, somatische artsen, moeten ons de elementaire ervaringen der psychotherapie eigen zien te maken.

Toch kan de psychotherapeutische methode ons niet dienen als uitgangspunt. Een van de belangrijkste hinderpalen is het volgende.

De psychoterapeut of de psychosomaticus begint zijn onderzoek pas als wij de patiënt in ziek-zijn al ten dele begrepen hebben. De specifieke diagnose is al gesteld. Nu begint de psychotherapeut met een nieuwe benaderingswijze, een psychologische aanpak.

Hij verricht een psychologisch onderzoek bij een ulcus patiënt of lijder aan asthma, bij een patiënt bij wie met andere methoden is aangetoond dat hij een functionele ziekte heeft.

Wanneer wij methodisch zouden moeten werken als een psychoterapeut, zou dat hierop neerkomen, dat wij eerst de patiënt trachten te begrijpen met de gebruikelijke methoden en nu moeten beslissen of er ook nog een indicatie is tot een nieuwe benadering, een psychologisch onderzoek. Dat is geen ideale manier om een médecine de la personne, een verstaan op geestelijk vlak, in de gewone praktijk te integreren. Wij dienen reeds in de eerste kennismaking rekening te houden zowel met somatische als met psychologische aspecten, maar vooral ook te streven naar een echt-menselijke benadering.

Al deze aspecten moeten wij betrekken in onze wijze van aanpak.

Wat dat betreft geeft de methode van Balint ons slechts een eenzijdige steun. Al vermeldt Balint dit vraagstuk wel, in feite bagatelliseert hij de noodzaak de patiënt te begrijpen met behulp der diagnostiek. Overigens beperkt hij zich tot een psychologische benadering. De mogelijkheden tot een vollediger benadering worden begunstigd door het zich trainen in een juiste houding, zoals ik dat besprak, een houding van echt menselijk ontmoeten. Daarnaast is, zoals Sir Robert Platt bemerkte, tevens van belang, dat men zich

traint in en eigen maakt een individualiserende methode van onderzoek, waarbij aandacht wordt besteed aan de bijzonderheden van het afzonderlijk geval.

We moeten zoveel mogelijk leren van het psychologisch onderzoek maar we moeten geen kleine psychotherapeuten worden. De psychotherapie op zich leidt niet zonder meer tot een médecine de la personne. De psychosomatiek van vlak na de oorlog blokkeerde zelfs het zicht op geestelijke aspecten. Het gaat eigenlijk niet om de psychotherapie, maar om het productief maken van de ons geschonken naastenliefde om een echt menselijk verstaan; dit kan door middel van de psychotherapie belangrijk worden verdiept.

Onderstaande citaten kunnen in hun uitgesproken eenzijdigheid dit wellicht toelichten. Het eerste citaat vindt u in de uitnodiging tot de Lindauer Psychotherapiewoche van dit jaar : « Wir werden ohne Psychotherapie unsern Patienten nicht gerecht, denn wir können den Menschen in Not mit den üblichen medizinischen Methoden allein nicht helfen. Darüber hinaus empfinden wir es als beglückender eine Therapie durch zu führen in der wir wirklich als Menschen den Menschen gegenüber stehen. Eigentlich wird in der psychotherapeutischen Behandlung allein noch das verwirklicht was wir uns ehemals vorstellten als wir Aerzte werden wollten ».

Anders is de eenzijdigheid, die ik vond in een antwoord dat de onlangs overleden longarts professor Bronkhorst mij in 1949 zond, toen ik zijn raad vroeg over een opstel over psychosomatiek en médecine de la personne. Bronkhorst noemde de psychosomatiek van die dagen een heidense, koelzakelijke methode. Hij vervolgde :

« Voor ons zijn verreweg de meeste mensen psychisch normalen maar beladen met de smet der erfzonde, die wij daarom liefdevol tegemoet treden. In deze zin is de geneeskunde van de persoon een ede werk, waarin wij onze roeping als een soort apostolaat beleven.

Psychologische vakkundigheid moge een zekere waarde hebben, maar het meest essentiële, de sleutel tot de menselijke persoonlijkheid, is de ware christelijke naastenliefde. De geneeskunde van de persoon eist van de arts, dat hij bereid is zich als persoon te geven aan de patiënt. Elk waarlijk goede arts heeft dat altijd gedaan ».

De diep religieuze mens, die Bronkorst was, wist inderdaad vele patiënten te stimuleren vollediger persoon te worden (zie ook de in Psyche Heidelberg vertaalde inaugurale rede).

Bronkhorst benutte geen methode om de hem geschonken naastenliefde tot uiting te brengen. De psycho-therapeutische methode is daartoe bijzonder geschikt. Meer aangepast aan de taak van de medicus practicus schijnt mij een methode van individualiserend

benaderen zoals die door Sir Platt werd aanbevolen. Het wordt meer een uitbreiding van de anamnese met individuele aspecten dan een op psychologische factoren gericht onderzoek. Enigszins systematisch heb ik een poging daartoe gedaan bij bepaalde patiënten, die ik meer sytematisch heb trachten te verstaan met behulp van een specifieke diagnostiek aangevuld met een onderzoek naar individuele aspecten. Door deze combinatie werd de specificiteitsgedachte enigzins gerelativeerd; deze relativering opende de mogelijkheid de patiënt ook vanuit andere gezichtspunten te verstaan; men stelt daarbij niet voorop dat in een bepaald aspect de ware, de eigenlijke, oorzaak van het ziekzijn zal worden gevonden.

De nu volgende ervaringen heb ik verkregen bij 150 op een bepaalde wijze geselecteerde patiënten, die alle leden aan het syndroom der prikkelbare darm. Ik versta hieronder alle patiënten met een stoornis in de darmfunctie van langere duur, welke niet is te weeg geroepen door een van de klassieke, internationaal erkende ziekten.

Wanneer ik deze ziekte — of welke andere ziekte ook — wil herkennen, dan dien ik uit te gaan van de vooropstelling dat de patiënt wellicht deze ziekte heeft. Ik ondervraag hem naar voor die ziekte specifieke tekenen; hieraan sluit ik een betreffend technisch onderzoek aan. Om de patiënt in zijn ziekte te begrijpen vraag ik de patiënt in de vooropstelling, dat hij wellicht lijdende is aan een maagzweer, een coloncarcinoom, een stofwisselingsstoornis. Zo vraag ik ook naar tekenen, die min of meer kenmerkend zijn voor het darmsyndroom.

Ofschoon men gerechtigd zou zijn dit syndroom een functionele ziekte te noemen, ga ik in mijn vooropstellingen niet van deze vooropstelling uit. Als ik dit wel deed, zou ik een aantal patiënten niet goed begrijpen. Ik zou in vele gevallen niet aan deze ziekte denken, omdat het ziektebeeld de indruk maakt afkomstig te zijn van organisch lijden. Een kwart mijner patiënten onderging voordat ik ze zag een achteraf onnuttige laparotomie.

Psychologische benadering alleen had dit niet kunnen voorkomen. Daarmee kan nu eenmaal het darmsyndroom niet worden onderscheiden van allerlei organische darmstoornissen, waarvan de verschijnselen ook sterk afhankelijk kunnen zijn van psychische invloed.

Door ondervraging naar min of meer kenmerkende tekenen kom ik tot het vermoeden met het darmsyndroom te maken te hebben.

Zekerheid krijg ik pas, als ik de oorzaak der darmfunctiestoornis heb achterhaald. Daartoe moet ik van de specificiteitsmethode overgaan naar een individualiserende. Ik vraag naar voorwaarden uit verleden en heden, meer somatisch en meer psychisch en geestelijk

geaccentueerd welke bij deze patiënt de darmstoornis hebben bewerkt.

Van de fysiologische kant gezien. hadden velen mijner patiënten hun darmstoornis mede zelf te weeg gebracht. Zij bleken reeds van af hun jeugd hun digestie te hebben gestoord door snel, gejaagd, soms ook gulzig te eten, zonder veel kauwen, in verkeerde stemming en gestemd zijn. Soms waren zij gewoon grote hoeveelheden moeilijk verteerbare spijzen te nuttigen. Door allerlei oorzaak slikten zij te veel lucht en hadden onvoldoende aandacht voor defaecatiedrang. Zij stoorden hun darmfunctie door prikkels, waarvoor juist zij gevoelig waren : vet eten, melk, oververmoeidheid, nicotine, reserpine, acute emotie.

Tegelijk aanwezige psychologische factoren hadden gewoonlijk een grotere invloed. Ofschoon de aard der patiënten uiterst verschillend was, waren velen overgevoelige en gejaagde mensen. Zij vertoonden dikwijls tekenen van vegetatieve labiliteit.

Aanvalsgewijs opgetreden digestiestoornis kon door dieetfouten of andere somatische factoren zijn uitgelokt. Acute emotionele spanning, vooral ergernis en onderdrukte woede, waren gewoonlijk belangrijker condities.

Bij bijna een derde der patiënten was het actuele ziektebeeld opgetreden in onmiddellijke aansluiting aan een gebeurtenis die de betrokkene in een voor hem nauwelijks te dragen spanning had gebracht.

De darmfunctie had bij de meesten al van jongsaf — maar niet van kindsaf — stoornis gegeven. Het allereerste begin was gewoonlijk opgetreden in een tijd, dat op de betrokkene een beroep werd gedaan tot het aannemen van een meer zelfstandige houding; factoren met een meer geestelijk geaccentueerd aspect bleken in de conditionering der darmfunctiestoornis vaak mee te spelen.

Ik kom nu tot de mij gestelde vraag hoe ik deze gegevens heb verkregen, die voor het begrijpen van deze patiënten in hun ziek-zijn noodzakelijk waren.

Sommige patiënten maakten mij dit gemakkelijk. Zij vonden het vanzelfsprekend dat ik als deskundige de leiding nam in een gesprek en opvolgend onderzoek, waarin ik ondervroeg op grond van eigen vooropstellingen.

Veel meer patiënten waren vaag in hun antwoorden over de juiste aard, de voorgeschiedenis en vooral ook de psychische uitlokking van hun darmbezwaren, ook als later bleek dat zij die vragen zeer concreet konden beantwoorden. Vaak bleek, dat de patiënt zich niet bloot wilde geven — althans niet op deze wijze — in een gesprek,

waarin, zoals de psycholoog Rutten onlangs opmerkte, de dokter het wat, het waarover, het hoe en het hoelang bepaalde. Intussen hebben, naar mijn mening, ook deze facetten hun eigen waarde in een medisch gesprek.

We moeten zowel ondervragen op grond van eigen vooropstellingen, objectiveren, de patiënt als geval zien, als openstaan voor niet vermoede mogelijkheden en tevens openstaan voor deze persoon.

De patiënt had darmbezwaren; hij heeft hiertegenover een bepaalde houding aangenomen. Soms behoefde hij een somatisch etiquet voor zijn ziek-zijn om zich in moeilijke omstandigheden te kunnen handhaven. In ieder geval had hij juist mij bezocht om de somatische aspecten van zijn actueel ziek-zijn gewaardeerd te zien. Niet zelden had de huisarts aan een organische stoornis gedacht. Ook als de bezwaren door huisarts of milieu voor « zenuwen » waren aangezien, wilde de patiënt door mij van de somatische kant beoordeeld worden. Dikwijls had de patiënt bemerkt, dat ook somatische factoren, bijv. de aard van het eten, invloed had op zijn bezwaren. De angst voor carcinoom bleek niet alleen te moeten worden geïnterpreteerd als angst voor of verlangen naar de dood. De patiënt had soms een vriend gehad, wiens darmbezwaren door zijn medicus ten onrechte aanvankelijk aan zenuwen waren toegeschreven. Ook de aandrang tot operatieve ingreep kan daarmee samenhangen; ook galsteenlijden werd niet zelden voor « zenuwen » aangezien. Soms was de patiënt te voren onvoldoende somatisch onderzocht of had de huisarts met beslistheid het ziek-zijn aan zenuwen geweten, terwijl hij in het geheel niet op de hoogte was van de aard en de ernst der levensproblemen. Wij pratici, kunnen van Balint vernemen, hoe — als wij daarvoor openstaan — de patiënt ons iets kan leren over de psychische aspecten van zijn ziek-zijn. De patiënt kan ons ook iets leren over individuele meer somatisch geaccentueerde aspecten, wanneer wij tegelijk ook daarvoor een open oog blijven houden.

Wanneer echter zowel de patiënt als ik in ons gesprek onze eigen vooropstellingen blijven houden, dan worden de mogelijkheden tot begrijpen klein. Ik kan dat bemerken uit de vaagheid van de antwoorden, uit het geprikkeld worden van de patiënt of uit eigen geprikkeld worden; thans bemerk ik dit gelukkig eerder dan vroeger, toen ik dacht steeds het onaangedane gelaat te tonen van de objectiverend onderzoeker. Ik tracht dan de situatie te veranderen.

Wij hebben daartoe bepaalde mogelijkheden, die de psycho-therapeut mist. Zo kunnen we het gesprek onderbreken voor het fysisch onderzoek. Dat geeft enerzijds de gelegenheid de aandacht op diverse somatische aspecten te concentreren, waarbij de psychische aspecten even blijven rusten. De geprikkelde stemming van de patiënt kan wegvallen; ook ik krijg de gelegenheid mij meer open te

stellen. Overigens is het een ervaringsfeit, dat juist tijdens of na het fysisch onderzoek de patiënt zich ook vaak psychisch bloot geeft.

Terwijl de patiënt zich in de onderzoekkamer uitkleedt, was er nogaleens gelegenheid te praten met de echtgenoot. Wanneer deze de patiënt vergezelt, dan kan daarvoor een reden bestaan. De echtgenoot wilde soms zijn eigen visie geven: Niet zelden wenste de patiënt zelf dat de arts ook de visie van de echtgenoot kende, al was hij het daarmee niet geheel eens. In het ziekenhuis kon een gesprek met een goede hoofdverpleegster eveneens aanwijzingen geven.

Herhaaldelijk moest de patiënt er toe gebracht worden zichzelf te uiten; soms verzweeg hij zijn actuele moeilijkheden, totdat ik hem door ondervraging had uitgenodigd te vertellen hoe alles van kindsaf zo geworden was of hoe het stond met de religieuze beleving.

Kreeg ik positieve aanwijzingen voor een belangrijke psychische invloed in het ziek-zijn, dan deelde ik dit mee, voordat het resultaat van nader technisch onderzoek bekend was. Dit scheen mij het gesprek en het begrijpen te vergemakkelijken, dat na afsluiting van het onderzoek werd gehouden. Pas dan kwam soms een echt gesprek tot stand, soms terwijl ik een aarzelende patiënt naar de deur begeleidde.

Ik vat samen : de eerste stap tot het begrijpen van mijn patiënt moet zijn het herkennen van de ziekte, die hij heeft. Iedere ziektediagnose moet — hoe summier ook; zulks hangt af van de hele situatie — worden aangevuld met een vraagstelling die de afzonderlijke patiënt betreft. Bij het al dan niet methodisch individualiseren richt ik mijn aandacht op alle individuele aspecten van deze zieke, onverschillig of deze meer somatisch of meer psychologisch geaccentueerd zijn. Ik meen te hebben bemerkt, dat een gesprek over psychologische eventueel geestelijke aspecten gemakkelijker mogelijk wordt, wanneer de patiënt bemerkt dat ik — ook in de benadering van individuele aspecten — geen voorkeur toon voor psychologische of somatische voorwaarden, en open blijf staan voor de totaliteit. Ik laat dus geen psychologisch onderzoek volgen op het gewone onderzoek.

In het gesprek met de patiënt neem ik de leiding en toch probeer ik de patiënt aan het spreken te brengen. Leidraad in deze medische ontmoeting zijn de actuele bezwaren, waarvoor de patiënt mij opzoekt. Over deze bezwaren, hun voorgeschiedenis, de omstandigheden, waaronder de eerste bezwaren verschenen, moet ik mij concreet oriënteren ook tegen de achtergrond van de levensgeschiedenis van de patiënt.

Dit alles kan een weg, een voorbereiding vormen tot een begrijpen, zoals dat in een médecine de la personne bedoeld wordt. Steeds moet ik erop verdacht zijn, dat van mij een echt persoonlijke hulp

kan worden verlangd; dan moet ik in het besef van eigen klein menselijke beperktheden mijn patiënt met « een begrijpend hart » trachten bij te staan. Toch moet ik, uit eerbied voor de persoonlijkheid van de patiënt tevens bedenken wat Gustave Thibon schreef in het boekje « Qu'attendez-vous du médecin ? » : mijn patiënt vertrouwt zich aan mij toe als zieke en voorzover hij ziek is en niet zonder meer als mens.

Wikken en weggen

Een keer ontrouw

Om half elf staat Marie van Willem uit de zandpad aan de bel. Mijn vrouw doet haar open en laat haar de wachtkamer in. Terwijl ze terugkeert in de huiskamer zegt ze : « Ga maar gauw kijken, Marie is helemaal van streek ». Ik ben nogal verbaasd, een boodschap van Marie laat in de avond is niets bijzonders, maar Marie zelf aan de deur is heel onverwacht. Is er iets met de kinderen en zeker 's avonds, dan wordt Willem gauw naar de dokter gestuurd. Hij brengt zijn boodschap altijd over met de opmerking : « 't zal wel weer niks zijn mijnheer dokter, maar ge kent Marie ». Marie zelf komt behalve op zondag naar de kerk, geen drie keer per jaar de deur uit. En nu om half elf Marie en helemaal van streek.

Willem en Marie hebben een klein boerderijtje achter in het dorp ; hoe ze er met hun acht kinderen in kunnen is mij een raadsel, maar het gaat. Het zijn door en door goede, hardwerkende mensen. Zij hebben ongeveer zes hectaren land, waar ze hun gemengde bedrijf op uitoefenen. Ze doen eigenlijk alles samen met de buurman, die ook een dergelijk groot bedrijf heeft. Marie is een gezellige goede huismoeder, die haar huis en gezin redelijk leidt. Daarnaast ziet ze nog kans flink mee te werken in de stal en op het land.

Terwijl ik Marie de spreekkamer binnen laat, barst zij in snikken uit en ik meen te verstaan : « Willem heeft me eruit gegooid ! ». Voor de veiligheid vraag ik het nog maar eens een keer, maar ja, het is zo, Willem heeft haar eruit gegooid. Binnen vijf minuten ben ik van het drama op de hoogte. De vrouw van Romme, de buurman, is vijf maanden geleden gestorven, ze weet niet zeker of ik dit weet, want Romme is bij de andere dokter. Hij is met vier kinderen blijven zitten, de oudste is zestien, gelukkig een meisje. Ze lopen altijd bij elkaar binnen, zij zelf en de kinderen. In de oogsttijd eten ze ook altijd om beurten bij elkaar. En ik zou het wel begrijpen : « Romme is nog geen oude man », dat hij af en toe zijn nood komt klagen bij haar. Bij wie zou hij het anders doen, de kinderen zijn nog te klein voor dergelijke praat. Het is eigenlijk niks bijzonders, hij doet het ook wel eens als Willem thuis is. Maar deze avond was Willem weg naar de vergadering en toen Romme weer zo zat te klagen had ze het niet langer uit kunnen houden en ze had tegen Romme gezegd : « Nou, kom dan maar een keer ». En toen ze samen in de bedstee waren, was Willem thuis gekomen. Willem was ernorm kwaad geworden. Hij had de koffiekan naar Romme gegooid en Romme had nog maar net kunnen

ontsnappen. En toen had hij haar zonder meer de deur uit gezet. Ze hoefde nooit meer terug te komen en zo iets was in zijn familie nog nooit gebeurd !

Dat is het hele drama. En daar zit ik kwart voor elf met een snikkende Marie. Zij weet zich geen raad, terug naar huis durft zij niet, naar haar zuster in het dorp kan ze ook niet, want dan weet morgen iedereen het.

Er is maar een oplossing mogelijk, Marie moet terug naar huis.

Bovendien meen ik, dat we het drama zeker niet groter moeten maken dan het nu is. Ik denk trouwens, dat Willem nu al lang spijt heeft, dat hij zijn vrouw de deur uit gestuurd heeft. In mijn verbeelding zie ik hem morgen al wakker worden met acht kinderen en zonder Marie.

Er zijn er nog drie nat et hij weet de kleren niet te liggen. Bovendien moet hij de koeien gaan melken. Zal ik Marie maar even hier laten zitten en zelf naar Willem toe gaan om de zaak te bepraten ? Maar nee, wie weet, houdt hij de kop stijf en dan zijn we nog verder van huis. Ik stel Marie voor naar huis te gaan met een brief van mij voor Willem. Dit vindt Marie de oplossing. Ik schrijf : « Beste Willem, wat er gebeurd is is natuurlijk verschrikkelijk en ik begrijp je reactie volkomen, maar door het zo op te lossen, ontstaan er nog maar meer moeilijkheden. Vanavond kunnen we niet veel meer doen, dus laat nu Marie maar weer binnen, morgen kom ik de zaak bij jullie bepraten ». Ik zeg maar niet, als het mis gaat, kom maar weer terug, want dan verzwak ik het vertrouwen in de vrijgeleide.

Marie is na een half uur nog niet terug en ik zeg tegen mijn vrouw, die ik inmiddels het drama verteld heb (de patiënten nemen het haar hoogst kwalijk als zij niet van al hun problemen op de hoogte is), ze liggen weer rustig met z'n tweetjes in de bedstee, deurtjes dicht.

De volgende dag rijd ik direct na het spreekuur de Zandpad in. Alles is gewoon, Willem is in de stal, Marie in de keuken; ze is het brood voor Willem aan het klaar maken, direct na de koffie gaat hij naar het land. Het gesprek met Willem verloopt bijzonder gemakkelijk.

Hij vindt Romme maar een stakker zo zonder vrouw. Maar ja, wat er gebeurd is, hoort toch niet zo, hij had het van Marie ook niet gedacht, want ze is goed katholiek. Maar al bij al vindt hij Marie toch maar een goed mens, dat ze dat zelfs voor Romme over had. Willem is blij, dat het zo opgelost is. Niemand weet er nu iets van en mijnheer de dokter zal het wel tegen niemand vertellen. Hij had gisterenavond behoorlijk in zijn rats gezeten, want hij dacht dat Marie naar haar zuster zou zijn gelopen, hij was maar wat blij toen ze helemaal alleen terug kwam.

Voorlopig lijkt mij de moeilijkheid goed opgelost, hoewel ik toch aanneem, dat er iets gebeurd is bij Marie en Willem. Zo iets kan later nog wel eens moeilijkheden geven. Helemaal eens met me zelf ben ik niet, dat ik een toch ernstige zaak zo gebagatelliseerd heb. Nog moeilijker is het probleem Romme. Romme behoort niet tot mijn praktijk, ik kan hem niet helpen. In verband met het ambtsgeheim lijkt het onjuist de buurcollega van het geval op de hoogte te stellen.

Trouwens, het is helemaal niet zeker, dat Romme graag zou hebben, dat zijn dokter hiervan weet. Ik doe maar niets, hoewel ik het hierover ook niet eens ben met mezelf.

Het abortus vraagstuk weer actueel

Het proefschrift van P.E. Treffers over abortus provocatus en anticonceptie (1) (promotor Prof. Dr. G.J. Kloosterman) is verschenen op een tijdstip dat het abortusvraagstuk weer actueel is, niet in het minst ook in samenhang met de huidige discussies rond de geboorteregeling. In Engeland — zo vermelden de kranten — wil men tot een ruimere mogelijkheid van de legale medische abortus komen (de niet zo legale medische abortus schijnt er veelvuldig opgewekt te worden, met name ook in Harleystreet).

In Frankrijk, waar nog een zeer rigoreuze reeks verbodsbepalingen tegen iedere vorm van anticonceptie en abortus bestaat, is een discussie gaande over mogelijke wetswijzigingen. In de U.S.A. — waar abortus provocatus in alle Staten verboden is — is men in enkele Staten (o.a. Minnesota) bezig aan een wetswijziging. Het zijn vooral de katholieken die zich daartegen verzetten, zoals b.v. te lezen is in het « Bulletin of the Guild of Catholic Psychiatrists », waarin de hoofdredacteur (2) in een uitvoerig artikel het traditionele katholieke standpunt weer geeft (abortus is moord).

Ook ten onzent is het vraagstuk van een legalisering van de abortus op medische (en/of sociale) indicatie weer in discussie. Mevrouw Fortuin bepleitte in Vrij Nederland (18-12-65) een wetswijziging, evenals Adriaan van der Veen in de Nieuwe Linie in een vraaggesprek naar aanleiding van zijn boek « De idealist », dat uitvoerig deze problematiek behandelt. Prof. W. van der Marck O.P. (3) schreef in hetzelfde blad over abortus, waarin hij de opvattingen van Treffers instemmend refereerde en zich geen voorstander toonde van een wetswijziging. Evenmin Van Emde Boas in een interview in het Vrije Volk. Ook vakbladen als Medisch Contact en het Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde hebben het abortus vraagstuk aan de orde gesteld.

Zoals met zovele onderwerpen de laatste jaren het geval is (huwelijksbeleving, geboorteregeling, kunstmatige inseminatie, transplantaties, masturbatie, homoseksualiteit) wordt ook de discussie over abortus in katholieke kring niet meer uitsluitend op moraal-theologisch terrein gevoerd.

---

(1) P.E. Treffers, Abortus provocatus en Anticonceptie, Haarlem 1965.
(2) J.R. Cavanagh, Abortion another look, Bulletin of the Guild of Catholic Psychiatrists, XII, 4, 1965, 181.
(3) W. van der Marck O.P., Abortus, wet en moraal. De Nieuwe Linie, 19-2-66.

Hoewel medisch-ethische en sociaal-ethische argumenten de discussie beheersen is van een exclusief katholieke ethiek veel minder sprake.

Van der Marck schrijft daarover : « Sinds de omschrijving van de katholiciteit door het tweede vaticaanse concilie in de constitutie over de kerk, sinds de erkenning van de autonomie van de wereld (en dus ook van de ethiek) o.m. in Schema 13 en na alles wat er ten onzent gezegd en gedaan is rond katholieke politieke groeperingen, katholieke vakverenigingen, katholieke dagbladen, een katholiek sociaal program, enz., zal niemand het meer vreemd vinden dat een katholieke etiek al evenmin blijkt te bestaan ».

En verder : « ... principieel is de katholiek deralve vrij — niet zozeer VAN a priori-opvattingen als wel TOT het innemen van een verantwoord ethisch standpunt ». Een dergelijk stadpunt is « Eerbied voor en erkenning van de menselijke persoon, de moeder respectievelijk het gezin niet uitgezonderd.

Dit klinkt wel wat anders dan in de traditionele moraal opvattingen. zo b.v. Salsmans ([4]) in zijn Deontologia medica : « Doch al was nu de nood waarlijk dringend, al bestond er geen twijfel dat het kind wat men ook doet of niet, verloren is, terwijl de moeder door verwijdering der vrucht waarschijnlijk aan den dood zal ontkomen doch anders zeker sterft, dan nog blijft rechtstreekse afdrijving wat ze uiteraard volgens de natuurwet is : een moord ».

Deze opvatting is begrijpelijk als men weet dat de kerkelijke ban uitgesproken wordt tegen iedereen die, deze straf kennende, een schuldige afdrijving teweegbrengt (Codex 2350). Van der Marck gaat hierop echter niet in. Hij stelt slechts vast dat er in de lopende discussies een grote mate van overeenstemming bestaat inzake het fundamenteel afwijzen van abortus. « Dat deze principiële afwijzing niet iedere zwangerschaponderbreking uitsluit, omdat in conflictsituaties moeder en gezin voorrang kunnen hebben, is ook niet zozeer een punt van discussie (tot op zekere hoogte zelfs niet in de katholieke moraalhandboeken) ». Hoewel men tussen de regels door kan lezen dat van der Marck in tegenstelling met de traditionele kerkelijke standpunt niet iedere vrijwillig geïnduceerde zwangerschaponderbreking categorisch afwijst, wordt het niet duidelijk hoe hij theologisch en cannoniek rechtelijk een — de jure of de facto — gelegaliseerde abortusopwekking voor katholieke artsen acceptabel acht.

In het eerder genoemde artikel ([2]) wordt het resultaat medegedeeld van een Gallup Poll uit Canada. De « Softenon »-affaire bleek de houding ten opzichte van bepaalde indicaties voor abortus provocatus bij het grote publiek wat toleranter gemaakt te hebben. In deze opiniepeiling stond 19 % van de geënqueteerde katholieken positief ten opzichte van abortus in dergelijke omstandigheden, terwijl dit per-

centage bij niet-katholieken 58 % bedroeg. Het is waarschijnlijk dat dergelijke verschillen ook in ons land zullen worden aangetroffen.

Treffers gaat in zijn studie niet expliciet op deze typisch kerkelijke moraal problematiek in. Als clinicus werd hij getroffen door de grote frequentie van de « gecompliceerde abortus ». Daarom ging hij op zoek naar de achtergronden en oorzaken van de illegale abortus.

Het primaire doel daarbij was om de mogelijkheden tot preventie van de illegale abortus provocatus na te gaan. Na al hetgeen reeds over deze voortreffelijke studie geschreven is, kunnen we ons hier tot enkele hoofdzaken beperken, daarbij de hoop uitsprekend dat in het voetspoor van Treffers meer gynaecologen er toe zullen komen uit hun engere medisch-biologische vakgebied te treden om ook de sociaal geneeskundige en psychohygiënische aspecten van hun ervaringsgebied bij het onderzoek te betrekken.

Dat abortus criminalis veelvuldig als laatste redmiddel tegen een ongewenst kind wordt toegepast is iedere arts bekend. Cijfers hierover waren echter nauwelijks beschikbaar. Treffers berekent nu — op zeer plausibele wijze — voor Amsterdam een aantal van 2.000 illegale abortus provocatus per jaar, een percentage van 19 à 20 %. (In 1883 7,3 % geleidelijk stijgend tot een top in 1943 van 24,1 % en thans weer geleidelijk dalend). De abortus provocatus is — blijkens zijn onderzoek — vooral een probleem van de **gehuwde vrouw.**

Slechts 19 % van de onderzochte gevallen betrof ongehuwden. De vierde zwangerschap leidt het meest frequent tot abortus.
Interessant is Treffer's onderzoek naar de achtergronden van de criminele abortus. Hij komt o.a. tot het de conclusie dat het hier niet gaat om een groter gebrek aan kennis over anticonceptie, maar om een onmogelijkheid deze kennis in het huwelijk te realiseren.

Hiermede bevestigde hij het enige andere nederlandse abortus onderzoek (1952) ([5]) dat eveneens het verband tussen abortus en anticonceptie tot onderwerp had. Dit verband is niet zo simpel als men veelal geneigd is aan te nemen. De abortus provocatus is veeleer een symptoom van een huwelijksrelatiestoornis dan het gevolg van libertijns seksueel gedrag of onkunde over anticonceptionele methodes van geslachtsverkeer. « Opvallend vaak kwam abortus provocatus voor indien er gezinspathologie in het ouderlijk gezin van de vrouw voorkwam, of relatiepathologie van de vrouw zelf wat betreft de relatie met haar partner ». De vastgestelde communicatieproblematiek tussen man en vrouw en het hierdoor optredende geestelijk isolement van de vrouw waren veelal de directe aanleiding tot de provocatie. In termen van de « crisistheorie » uitgedrukt, is de provocatie dan het inadaequate antwoord op en de geforceerde oplossing van een anderszins niet oplosbare crisissituatie.

([4]) J. Salsmans S.J., Geneeskundige plichtenleer, Leuven 1940.
([5]) C. van Emde Boas, Abortus Provocatus, N.V.S.H., uitg. 1952.

Het is dan ook begrijpelijk dat Treffers de causale aanpak van het abortusprobleem zoekt in behandeling en voorkoming van gezins- en relatiepathologie. Of met andere woorden : abortuspreventie is een zaak van geestelijke gezondheidszorg. Daartoe behoort vooral ook een opheffen van de taboesfeer rond de anticonceptie (wetswijziging, voorlichting, « technische » hulp). Met name de pil is belangrijk als anticonceptivum in de huwelijken waar ernstige relatieproblemen en/of seksuele disharmonieën voorkomen, d.w.z. in de huwelijken waarin provocatie het meest wordt aangetroffen.

Treffers verwacht dan ook kennelijk meer van de pil als preventiemiddel dan van een legalisering der abortus provocatus als « curativum ». De argumenten die hij ontleent aan landen waar de abortus provocatus (via de medicus) legaal is (Oost-Europa, Zweden, Japan) maken zijn opvatting : dat legale abortus het totale aantal abortus doet stijgen en de abortus criminalis niet doet afnemen, zeer plausibel, alhoewel niet geheel overtuigend. Treffers tekent hierbij aan dat hij niet geheel en al onvooringenomen is bij deze argumentatie en meer nog dat niemand dat kan zijn, die de miljoenen abortus die uit de bekende tabellen oprijzen in beschouwing neemt. Iedere recht geaarde medicus zal dezelfde weerzin tegen massale abortus provocatus als methode van gezinsplanning ervaren als waarvan Treffers eerlijk getuigt. Het legaliseren van de abortus provocatus heeft daarenboven voor een aantal echtelieden tot gevolg dat de voortdurende en moeilijke inspanning, die een goede geboorteregeling nu eenmaal vraagt, verslapt. De legalisering lijkt derhalve een rem te zijn voor een werkelijke cultivatie van de geboorteregeling binnen de huwelijksseksualiteit. Dit argument TEGEN legalisering van de abortus provocatus is psychohygiënisch gezien van groot belang.

Minder aandacht heeft Treffers geschonken aan de cijfers die bekend zijn over de mortaliteit van de vrouw bij abortus criminalis. Zo daalde in Tsjecho-Slowakije — na invoering van de legale abortus — het aantal sterfgevallen t.g.v. abortus criminalis tussen 1956 en 1959 van 53 tot 6, in Hongarije van 83 tot 35, in Polen van 76 tot 26 en in Bulgarije van 47 tot 16 (6). Hieruit valt te concluderen dat het aantal illegale abortus — ondanks de berekeningen die Treffers op grond van cijfers uit dezelfde landen maakt en die tot tegengestelde conclusies leiden — door legalisering duidelijk afneemt, tenzij men tot de weinig acceptabele conclusie komt dat legalisering ook de illegale abortus plotseling veel veiliger maakt.

Toch lijkt het, althans voor ons land, niet gewenst over te gaan tot wetswijziging wat betreft het vrij laten van de abortus provocatus op grond van b.v. therapeutische, sociale, eugenetische, psychische of

---

(6) P. Darby, Legal abortion, New Society, 13-8-1964.

demografische indicaties. Immers bij deze bijzondere gevallen, waarin voldoende medische motieven tot abortus provocatus bestaan, wordt als de justitie overtuigd is van de zorgvuldigheid der medische motivatie, ten onzent niet tot strafvervolging overgegaan. Een gynaecoloog van goede reputatie, die lege artis aborteert in een normaal ziekenhuis, mede op indicatie van enige terzakekundige specialisten, behoeft zich niet als wetsovertreder te beschouwen. Meerdere artsen staan, zoals ondergetekende, op het standpunt dat er duidelijke indicaties kunnen bestaan, waarbij abortus provocatus door een arts gerechtvaardigd en noodzakelijk kan zijn. Het categorisch gebod « Gij zult niet doden » heeft immers ook een uitleg, die gericht is op de gezondheid en vruchtbaarheid van de moeder en het welzijn van haar gezin.

Ik meen — zonder hier nader in te gaan op de aard van deze bijzondere indicaties — dat het inhumaan en onmedisch is steeds en altijd een ABSOLUUT « neen » te laten vallen ten aanzien van iedere indicatie tot abortus provocatus. Als men in overeenstemming met de conclusies waartoe Treffers komt, van een legalisering der abortus, als preventie van de criminele abortus, voor ons land niets verwacht, dan dient hierbij echter direct aangetekend te worden dat dit standpunt slechts houdbaar is als onze medische stand niet langer een absoluut « nee » op iedere indicatie tot medische provocatie laat horen en dit in woord en gebaar aan de patiëntenschare duidelijk maakt. Artsen, die de soms fatale gevolgen van hun « neen » onder ogen willen zien en die daarom bereid zijn verantwoordelijkheid te dragen voor een indicatie tot abortus — in hun beslissing bijgestaan door terzake ervaren specialisten — zijn in ons land nog niet talrijk, hetgeen geen wonder is omdat iedere opleiding en medisch ethische vorming op dit gebied tot voor kort ontbraken. Beschikken we echter over deze artsen dan is legalisering van de abortus niet noodzakelijk. « Ik zou liever geen al te expliciete wetgeving op dit terrein zien, maar een oplossing prefereren zoals die gangbaar is ten opzichte van de anticonceptie n.l. dat de medische beroepsbeoefenaar uitmaakt in welke speciale gevallen een sociale indicatie een medische indicatie wordt via de emotionele, psychosomatische en somatische consequenties ». (Van Emde Boas)

Een dergelijke handelwijze — die naar ondergetekende aanneemt in strijd zal zijn met de opvattingen van vele katholieke artsen — zal een aantal gevallen van criminele abortus kunnen voorkomen, niet meer en niet minder. De causale bestrijding immers van dit kwaad ligt op geheel ander terrein : opvoeding en vorming tot een volwassen seksueel- en huwelijksleven en een groot verantwoordelijkheidsbesef ten aanzien van de eisen die een goede psychoseksuele relatievorming in het huwelijk stelt en niet minder ook ten aanzien van de procreatieve gevolgen van het geslachtsverkeer. Het

is de grote verdienste van Treffers' onderzoek dat deze conclusie er zo duidelijk uit naar voren springt. Nu ook de centrale overheid gelden ter beschikking gaat stellen voor seksuele opvoeding en vorming zijn studies als deze onmisbaar voor het uitzetten van een goede koers teneinde daardoor mede de komende generatie te vrijwaren voor de barre ellende van de criminele abortus. Wie van deze ellende nog niet overtuigd is leze de aangrijpende casuïstiek in Treffers' studie of het eerder genoemde boek van Adriaan van der Veen. Het past ons, artsen, niet — en dat is een diepe ethische overtuiging van ondergetekende — in dergelijke gevallen steeds nee te zeggen en aan de kant staande onze handen in onschuld te wassen. Voor de geestelijke gezondheidszorg ligt hier een taak om — tastend naar de samenhangen tussen oorzaak en gevolg — een preventief programma te ontwikkelen. Mede met het oog op de thans uitgeoefende druk om tot wetswijziging over te gaan worden discussianten gaarne tot repliek uitgenodigd in onze rubriek « Meningen in beweging ».

Drukkerij PREUX, Hornu.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Albemeen Voorzitter : Dr. Ch. de Gheldere
Algemeen Secretaris : Dr. M. Kivits — *Penningmeester :* Dr. J. Gillis
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19, Brussel 4.
Tel. 35.36.02

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Dirk Maertensstraat 24 - Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein 13 - Antwerpen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Torenbrug 1 - Brugge.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, Jubileumlaan 145 - Brussel 2.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Ferrerlaan 210 - Gent.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Diestersesteenweg 76 - St-Truiden.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, Hofstraat 52 - St-Niklaas W.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - Turnhout.

Medische Sint-Lucasjeugd

Medische Sint-Lucasjeugd Gent, K.V.C. Kortrijkse Poortstraat 160 Gent.
Sint-Lucasgilde der Studenten, Leuven, Pater Damiaanplein 13 Leuven.

Medische hulp aan centraal-Afrika

Algemeen Secretariaat : Louis Schmidtlaan 111 - Brussel 4.

—